

第2章 基本研修プログラム

I. 到達目標

医師は、病める人の尊厳を守り、医療の提供と公衆衛生の向上に寄与する職業の重大性を深く認識し、医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）及び医師としての使命の遂行に必要な資質・能力を身に付けなくてはならない。医師としての基盤形成の段階にある研修医は、基本的価値観を自らのものとし、基本的診療業務ができるレベルの資質・能力を修得する。

A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナリズム）

1. 社会的使命と公衆衛生への寄与
社会的使命を自覚し、説明責任を果たしつつ、限りある資源や社会の変遷に配慮した公正な医療の提供及び公衆衛生の向上に努める。
2. 利他的な態度
患者の苦痛や不安の軽減と福利の向上を最優先し、患者の価値観や自己決定権を尊重する。
3. 人間性の尊重
患者や家族の多様な価値観、感情、知識に配慮し、尊敬の念と思いやりの心を持って接する。
4. 自らを高める姿勢
自らの言動及び医療の内容を省察し、常に資質・能力の向上に努める。

B. 資質・能力

1. 医学・医療における倫理性
診療、研究、教育に関する倫理的な問題を認識し、適切に行動する。
 - ① 人間の尊厳を守り、生命の不可侵性を尊重する。
 - ② 患者のプライバシーに配慮し、守秘義務を果たす。
 - ③ 倫理的ジレンマを認識し、相互尊重に基づき対応する。
 - ④ 利益相反を認識し、管理方針に準拠して対応する。
 - ⑤ 診療、研究、教育の透明性を確保し、不法行為の防止に努める。
2. 医学知識と問題対応能力
最新の医学及び医療に関する知識を獲得し、自らが直面する診療上の問題に対して、科学的根拠に経験を加味して解決を図る。
 - ① 頻度の高い症候について、適切な臨床推論のプロセスを経て、鑑別診断と初期対応を行う。
 - ② 患者情報を収集し、最新の医学的知見に基づいて、患者の意向や生活の質に配慮した臨床判断を行う。
 - ③ 保健・医療・福祉の各側面に配慮した診療計画を立案し、実行する。
3. 診療技能と患者ケア
臨床技能を磨き、患者の苦痛や不安、考え・意向に配慮した診療を行う。
 - ① 患者の健康状態に関する情報を、心理・社会的側面を含めて、効果的かつ安全に収集する。
 - ② 患者の状態に合わせた、最適な治療を安全に実施する。
 - ③ 診療内容とその根拠に関する医療記録や文書を、適切かつ遅滞なく作成する。
4. コミュニケーション能力
患者の心理・社会的背景を踏まえて、患者や家族と良好な関係性を築く。
 - ① 適切な言葉遣い、礼儀正しい態度、身だしなみで患者や家族に接する。
 - ② 患者や家族にとって必要な情報を整理し、分かりやすい言葉で説明して、患者の主体的な意思決定を支援する。
 - ③ 患者や家族のニーズを身体・心理・社会的側面から把握する。
5. チーム医療の実践
医療従事者をはじめ、患者や家族に関わる全ての人々の役割を理解し、連携を図る。
 - ① 医療を提供する組織やチームの目的、チームの各構成員の役割を理解する。
 - ② チームの構成員と情報を共有し、連携を図る。
6. 医療の質と安全管理

患者にとって良質かつ安全な医療を提供し、医療従事者の安全性にも配慮する。

- ① 医療の質と患者安全の重要性を理解し、それらの評価・改善に努める。
- ② 日常業務の一環として、報告・連絡・相談を実践する。
- ③ 医療事故等の予防と事後の対応を行う。
- ④ 医療従事者の健康管理（予防接種や針刺し事故への対応を含む。）を理解し、自らの健康管理に努める。

7. 社会における医療の実践

医療の持つ社会的側面の重要性を踏まえ、各種医療制度・システムを理解し、地域社会と国際社会に貢献する。

- ① 保健医療に関する法規・制度の目的と仕組みを理解する。
- ② 医療費の患者負担に配慮しつつ、健康保険、公費負担医療を適切に活用する。
- ③ 地域の健康問題やニーズを把握し、必要な対策を提案する。
- ④ 予防医療・保健・健康増進に努める。
- ⑤ 地域包括ケアシステムを理解し、その推進に貢献する。
- ⑥ 災害や感染症パンデミックなどの非日常的な医療需要に備える。

8. 科学的探究

医学及び医療における科学的アプローチを理解し、学術活動を通じて、医学及び医療の発展に寄与する。

- ① 医療上の疑問点を研究課題に変換する。
- ② 科学的研究方法を理解し、活用する。
- ③ 臨床研究や治験の意義を理解し、協力する。

9. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

医療の質の向上のために省察し、他の医師・医療者と共に研鑽しながら、後進の育成にも携わり、生涯にわたって自律的に学び続ける。

- ① 急速に変化・発展する医学知識・技術の吸収に努める。
- ② 同僚、後輩、医師以外の医療職と互いに教え、学びあう。
- ③ 国内外の政策や医学及び医療の最新動向（薬剤耐性菌やゲノム医療を含む）を把握する。

C. 基本的診療業務

コンサルテーションや医療連携が可能な状況下で、以下の各領域において、単独で診療ができる。

1. 一般外来診療

頻度の高い症候・病態について、適切な臨床推論プロセスを経て診断・治療を行い、主な慢性疾患については継続診療ができる。

2. 病棟診療

急性期の患者を含む入院患者について、入院診療計画を作成し、患者の一般的・全身的な診療とケアを行い、地域医療に配慮した退院調整ができる。

3. 初期救急対応

緊急性の高い病態を有する患者の状態や緊急度を速やかに把握・診断し、必要時には応急処置や院内外の専門部門と連携ができる。

4. 地域医療

地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる。

II. 経験目標

A. 経験すべき症候 —29 症候—

外来又は病棟において、下記の症候を呈する患者について、病歴、身体所見、簡単な検査所見に基づく臨床推論と、病態を考慮した初期対応を行う。

- 1) ショック
- 2) 体重減少・るい瘦
- 3) 発疹

- 4) 黄疸
- 5) 発熱
- 6) もの忘れ
- 7) 頭痛
- 8) めまい
- 9) 意識障害・失神
- 10) けいれん発作
- 11) 視力障害
- 12) 胸痛
- 13) 心停止
- 14) 呼吸困難
- 15) 吐血・喀血
- 16) 下血・血便
- 17) 嘔気・嘔吐
- 18) 腹痛
- 19) 便通異常（下痢・便秘）
- 20) 熱傷・外傷
- 21) 腰・背部痛
- 22) 関節痛
- 23) 運動麻痺・筋力低下
- 24) 排尿障害（尿失禁・排尿困難）
- 25) 興奮・せん妄
- 26) 抑うつ
- 27) 成長・発達の障害
- 28) 妊娠・出産
- 29) 終末期の症候

B. 経験すべき疾病・病態 — 26 疾病・病態—

外来又は病棟において、下記の疾病・病態を有する患者の診療にあたる。

- 1) 脳血管障害
- 2) 認知症
- 3) 急性冠症候群
- 4) 心不全
- 5) 大動脈瘤
- 6) 高血圧
- 7) 肺癌
- 8) 肺炎
- 9) 急性上気道炎
- 10) 気管支喘息
- 11) 慢性閉塞性肺疾患（COPD）
- 12) 急性胃腸炎
- 13) 胃癌
- 14) 消化性潰瘍
- 15) 肝炎・肝硬変
- 16) 胆石症
- 17) 大腸癌
- 18) 腎盂腎炎
- 19) 尿路結石
- 20) 腎不全
- 21) 高エネルギー外傷・骨折
- 22) 糖尿病

- 23) 脂質異常症
- 24) うつ病
- 25) 統合失調症
- 26) 依存症（ニコチン・アルコール・薬物・病的賭博）

経験すべき 症候 及び経験すべき 疾病・病態及び外科症例、CPC の研修を行ったことの確認は、日常診療において作成する病歴要約に基づくこととし、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療、教育）、考察等を含むこと。

C. その他（経験すべき診察法・検査・手技等）

1) 医療面接

医療面接では、患者と対面した瞬間に緊急処置が必要な状態かどうかの判断が求められる場合があること、診断のための情報収集だけでなく、互いに信頼できる人間関係の樹立、患者への情報伝達や推奨される健康行動の説明等、複数の目的があること、そして診療の全プロセス中最も重要な情報が得られることなどを理解し、望ましいコミュニケーションのあり方を不断に追求する心構え と習慣を身に付ける必要がある。

患者の身体に関わる情報だけでなく、患者自身の考え方、意向、解釈モデル等について傾聴し、家族をも含む心理社会的側面、プライバシーにも配慮する。

病歴（主訴、現病歴、既往歴、家族歴、生活・職業歴、系統的レビュー等）を聴取し、診療録に記載する。

2) 身体診察

病歴情報に基づいて、適切な診察手技（視診、触診、打診、聴診等）を用いて、全身と局所の診察を速やかに行う。このプロセスで、患者に苦痛を強いたり傷害をもたらしたりすることのないよう、そして倫理面にも十分な配慮をする必要がある。とくに、乳房の診察や泌尿・生殖器の診察（産婦人科的診察を含む）を行う場合は、指導医あるいは女性看護師等の立ち合いのもとに行わなくてはならない。

3) 臨床推論

病歴情報と身体所見に基づいて、行うべき検査や治療を決定する。患者への身体的負担、緊急度、医療機器の整備状況、患者の意向や費用等、多くの要因 を総合してきめなければならないことを理解し、検査や治療の実施にあたって必須となるインフォームドコンセントを受ける手順を身に付ける。また、見落とすと死につながるいわゆる **Killer disease** を確実に診断できるように指導されるのが望ましい。

4) 臨床手技

①大学での医学教育モデルコアカリキュラム（2016 年度改訂版）では、学修目標として、体位変換、移送、皮膚消毒、外用薬の貼布・塗布、気道 内吸引・ネブライザー、静脈採血、胃管の挿入と抜去、尿道カテーテルの挿入と抜去、注射（皮内、皮下、筋肉、静脈内）を実施できることとされている。また、中心静脈カテーテルの挿入、動脈血採血・動脈ラインの確保、腰椎穿刺、ドレーンの挿入・抜去、全身麻酔・局所麻酔・輸血、眼球に直接触れる治療については、見学し介助できることが目標とされている。

②研修開始にあたって、各研修医が医学部卒業までに上記手技をどの程度経験してきたのか確認し、研修の進め方について個別に配慮することが望ましい。

③具体的には、 a. 気道確保、 b.人工呼吸（バッグ・バルブ・マスクによる徒手換気を含む）、 c. 胸骨圧迫、 d. 圧迫止血法、 e.包帯法、 f. 採血法（静脈血、動脈血）、 g.注射法（皮内、皮下、筋肉、点滴、静脈確保、中心静脈確保）、 h.腰椎穿刺、 i.穿刺法（胸腔、腹腔）、 j.導尿法、 k.ドレーン・チューブ類の管理、 l.胃管の挿入と管理、 m.局所麻酔法、 n.創部消毒とガーゼ交換、 o.簡単な切開・排膿、 p.皮膚縫合、 q. 軽度の外傷・熱傷の処置、 r.気管挿管、 s.除細動等の臨床手技を身に付ける。

5) 検査手技

血液型判定・交差適合試験、動脈血ガス分析（動脈採血を含む）、心電図の記録、超音波検査等を経験する。

6) 地域包括ケア・社会的視点

症候や疾病・病態 の中には、その頻度の高さや社会への人的・経済的負担の大きさから、社会

的な視点から理解し対応することがますます重要になってきているものが少なくない。例えば、もの忘れ、けいれん発作、心停止、腰・背部痛、抑うつ、妊娠・出産、脳血管障害、認知症、心不全、高血圧、肺炎、慢性閉塞性肺疾患、腎不全、糖尿病、うつ病、統合失調症、依存症などについては、患者個人への対応とともに、社会的な枠組みでの治療や予防の重要性を理解する必要がある。

7) 診療録

日々の診療録（退院時要約を含む）は速やかに記載する。指導医あるいは上級医は適切な指導を行った上で記録を残す。入院患者の退院時要約には、病歴、身体所見、検査所見、アセスメント、プラン（診断、治療方針、教育）、考察等を記載する。退院時要約を症候および疾病・病態の研修を行ったことの確認に用いる場合であって考察の記載欄がない場合、別途、考察を記載した文書の提出と保管を必要とする。

なお、研修期間中に、各種診断書（死亡診断書を含む）の作成を必ず経験すること。

Ⅲ. 院内研修会について

1. 目的

臨床研修の目的は、将来専門とする分野にかかわらず、一般的な診療において頻繁に関わる処置又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付け、患者に安心・安全な医療を提供する為

2. 対象

当院で臨床研修を行う医師

3. 研修内容

		予定	研修名	講師
イントロコース	1	4月	挿管	救急科
イントロコース	2-①	4月	CV・Aライン挿入	救急科
イントロコース	2-②	4月	CV・Aライン挿入	救急科
イントロコース	2-③	4月	CV・Aライン挿入	救急科
イントロコース	3-①	4月 土曜	外傷初期診療	救急科
イントロコース	3-②	5月 土曜	外傷初期診療	救急科
継続研修	4	4～7月	縫合処置	形成外科
継続研修	5	4～7月	頭痛	脳神経内科
継続研修	6	4～7月	人工呼吸器の管理	救急科
継続研修	7	4～7月	骨折における画像診断と初期診療	整形外科
継続研修	8	4～7月	薬剤と出血傾向	血液内科
継続研修	9	4～7月	糖尿病の救急診療	糖尿内科
継続研修	10	4～7月	胸腔ドレナージ	呼吸器外科
継続研修	11	4～7月	胸痛	循環器内科
継続研修	12	4～7月	電解質講座	腎臓内科
継続研修	13	4～7月	脳卒中	脳神経外科
継続研修	14	4～7月	消化管出血	消化器内科
継続研修	15	4～7月	急性腹症	消化器外科
継続研修	16	4～7月	ACPと虐待	救急科
全体研修	17	未定	医療安全全体研修①	
全体研修	18	未定	医療安全全体研修②	
全体研修	19	未定	医療安全全体研修③	
全体研修	20	未定	感染全体研修①	
全体研修	21	未定	感染全体研修②	
全体研修	22	未定	感染全体研修③	
全体研修	23	未定	医事保険全体研修	
全体研修	24	未定	放射線科教育訓練	
全体研修	25	未定	医療倫理研修	
全体研修	26	未定	接遇研修	

	27	未定	予防接種（職員）	
	28	未定	社会復帰支援	消化器内科、循環器内科、外科

4. 研修生の参加

- 1) 医療安全・感染・医事保険・放射線科・医療倫理・接遇等の全体研修に関しては、各種委員会よりのお知らせを確認し参加する。当日参加が出来なかった場合には、伝達講習等で学習し参加する。全ての研修を受講しなければ修了認定としない。
- 2) 原則、継続研修は1年目に参加する事が望ましいが、業務等で不可能な場合は2年目で参加し、2年間かけて修得する事が望ましい。但し、たすき掛け研修の場合を除く。
- 3) 1年間に開催される臨床病理カンファレンス（CPC）の内、1年次で50%以上、2年次で50%以上の出席を必須とする。1年次に出席が50%に達しなかった場合、2年次で出席を50%以上かつ2年間トータルで50%以上を必須とする。2年次の出席が50%未満の場合は修了認定としない。
- 4) 院内で活動しているチーム医療活動（感染対策チーム、緩和ケアチーム、精神科リエゾンチーム、栄養サポートチーム、認知症ケアチーム、呼吸ケアチーム、褥瘡対策チーム等）を学び、興味のある分野の活動については積極的に参加する。
- 5) 感染対策委員会、医療安全委員会、医師臨床研修管理委員会に代表1名以上が出席する。医師臨床研修管理委員会では研修プログラムや研修環境などに関する意見を述べる事ができる。

IV. 研修を実施する診療科

1. 1年次

下記の診療科を順次ローテートする。ただしローテート順は各研修医によって異なる。

1) 1年次は必須診療科(4診療科)

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
1年次	内科						外科		救急		麻酔	
	循環器内科 2ヶ月（8.7週）		消化器内科 2ヶ月（8.7週）		内科、脳神経 内科 2ヶ月（8.7週）		2ヶ月（8.7週）		2ヶ月（8.8週）		2ヶ月（8.4週）	

※1年目研修医が1人ずつローテートのなるべく早い時期に2週間日勤帯で、整形外科にて外傷研修を行うこととする。

2. 2年次

必須診療科(5診療科)に加え、選択診療科の診療科を順次ローテートする。ただしローテート順は各研修医によって異なる。

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
2年次	救急 2ヶ月（8.7週）		産婦人科 1ヶ月（4.3週）	精神科 1ヶ月（4.4週）	小児科 1ヶ月（4.4週）	地域医療 1ヶ月（4.3週）	選択診療科 6ヶ月（25.9週）					

※精神科については当院精神科と伊丹天神川病院または仁明会病院にて研修を行う。

選択診療科（すべての診療科から選択し研修する。計6ヶ月（25.9週））

- ① 内科・脳神経内科
- ② 消化器内科
- ③ 循環器内科
- ④ 脳神経内科
- ⑤ 外科
- ⑥ 乳腺外科
- ⑦ 心臓血管外科
- ⑧ 呼吸器外科

- ⑨ 麻酔科
- ⑩ 救急部
- ⑪ 小児科
- ⑫ 産婦人科
- ⑬ 精神科
- ⑭ 形成外科
- ⑮ 整形外科
- ⑯ 脳神経外科
- ⑰ 皮膚科
- ⑱ 泌尿器科
- ⑲ 眼科
- ⑳ 耳鼻咽喉科
- ㉑ 放射線科
- ㉒ 病理診断科
- ㉓ リハビリテーション科

V 到達目標の達成度評価

研修医が到達目標を達成しているか、各分野・診療科のローテーション終了時に、指導医及び看護師長（または相当職の看護師）が、EPOCを用いて「研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」で評価し、評価票は研修管理委員会で保管する。

上記評価の結果を踏まえて、年２回、プログラム責任者が、研修医に対して形成的評価(フィードバック)を行う。

２年間の研修終了時に、研修管理委員会において、研修医評価票Ⅰ、Ⅱ、Ⅲを勘案の上作成される「臨床研修の目標の達成度判定票」を用いて、到達目標の達成状況について評価する。

研修医評価票

I. 「A. 医師としての基本的価値観（プロフェッショナルリズム）」に関する評価

- A-1.社会的使命と公衆衛生への寄与
- A-2.利他的な態度
- A-3.人間性の尊重
- A-4.自らを高める姿勢

II. 「B. 資質・能力」に関する評価

- B-1.医学・医療における倫理性
- B-2.医学知識と問題対応能力
- B-3.診療技能と患者ケア
- B-4.コミュニケーション能力
- B-5.チーム医療の実践
- B-6.医療の質と安全の管理
- B-7.社会における医療の実践
- B-8.科学的探究
- B-9.生涯にわたって共に学ぶ姿勢

III. 「C. 基本的診療業務」に関する評価

- C-1.一般外来診療
- C-2.病棟診療
- C-3.初期救急対応
- C-4.地域医療